

QUELQUES OBSERVATIONS

DE

MÉDECINE LÉGALE OCULAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 30 Juillet 1894

PAR

A. ROUBION

Né aux Salles (Var)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE CHARLES BOEHM

ÉDITEUR DU NOUVEAU MONTPELLIER MÉDICAL

—
1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET..... DOYEN
CARRIEU..... ASSESSEUR

PROFESSEURS :

Médecine légale et Toxicologie.....	MM. JAUMES
Clinique chirurgicale.....	DUBRUEIL (✱).
Hygiène.....	BERTIN-SANS.
Clinique médicale.....	GRASSET.
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT.
Clinique obstétricale et Gynécologie.....	GRYNFELTT.
Anatomie pathologique et Histologie.....	KIENER (✱).
Thérapeutique et Matière médicale.....	HAMELIN (✱).
Anatomie.....	PAULET (O. ✱ ✱).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET.
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	GRANEL.
Opérations et Appareils.....	FORGUE.
Clinique ophtalmologique.....	TRUC.
Chimie médicale et Pharmacie.....	VILLE.
Physiologie.....	N....
id. HÉDON (Chargé du Cours).	
Pathologie interne.....	N....
id. RAUZIER (Chargé du Cours).	

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique annexe des maladies des enfants.....	MM. BAUMEL, agrégé.
Accouchements.....	GERBAUD, agrégé.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.....	BROUSSE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.....	SARDA, agrégé.
Pathologie externe.....	ESTOR, agrégé.
Histologie.....	DUCAMP, agrégé.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM. SERRE.	MM. SARDA.	MM. RAUZIER.
BAUMEL.	ESTOR.	LAPEYRE.
GERBAUD.	HEDON.	MOITESSIER.
GILIS.	LECERCLE.	
BROUSSE.	DUCAMP.	

MM. H. GOT, *Secrétaire.*
F.-J. BLAISE, *Secrétaire honoraire.*

EXAMINATEURS DE LA THÈSE :

MM. TRUC, *président.*
JAUMES, *professeur.*
LECERCLE, *agrégé.*
ESTOR, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A TOUS MES PARENTS

A Monsieur l'Abbé SUPRIÈS

A. ROUBION.

A Monsieur AUGIER

Professeur à la Faculté libre de Médecine de Lille

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur TRUC

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MES ANCIENS MAITRES

DE LA FACULTÉ LIBRE DE MÉDECINE DE LILLE

A. ROUBION.

INTRODUCTION

Les affections de l'œil, comme toutes les autres affections de l'organisme, peuvent devenir, dans certaines circonstances, l'objet de contestations judiciaires. Le médecin peut être appelé à se prononcer sur l'état d'un œil blessé, à faire connaître s'il est seulement affaibli ou totalement perdu, dans quelle mesure la perte de la vision peut être rattachée à l'accident. Un soldat a perdu la vue pendant un service commandé ; il a droit à une indemnité ou à une pension. Un particulier reçoit une blessure à un œil ; il intente un procès en dommages-intérêts à l'auteur de la blessure. Or, il peut arriver que le blessé, dans le but d'obtenir une indemnité plus élevée, simule une maladie qu'il n'a pas en réalité, ou exagère les conséquences de l'accident. D'un autre côté, l'auteur de la blessure peut en contester la gravité, soit qu'il en attribue l'issue funeste au tempérament, à la mauvaise constitution de l'individu, soit qu'il incrimine les moyens thérapeutiques employés d'une manière intempestive ou insuffisante.

Le médecin peut également être appelé à donner son avis sur une opération faite ou sur un traitement institué par un de ses confrères.

Enfin, dans les conseils de révision, les médecins ont souvent l'occasion d'observer des cas de myopie ou d'amaurose simulées.

Les rapports de l'œil et de la médecine légale sont donc nombreux, mais en général peu étudiés. Cette question est complète-

ment fondue dans l'ensemble de la médecine judiciaire ; la plupart de nos classiques sont muets sur ce point ou l'indiquent à peine. Elle présente, néanmoins, des particularités nombreuses et intéressantes.

La littérature médicale, en France comme à l'étranger, est assez pauvre de documents. On trouvera néanmoins certains renseignements dans le mémoire de Hasner, sur les lésions de l'œil, au point de vue médico-légal (1881).

Ammon, White Cowper, ont publié des monographies détaillées sur les blessures de l'œil.

Galezowski, dans son traité des maladies des yeux, consacre un chapitre aux rapports de la médecine légale et de l'œil ; il y étudie la question de la responsabilité du médecin dans les opérations oculaires, et insiste particulièrement sur les blessures de l'œil ; il parle aussi de la simulation, de l'occlusion des yeux après la mort et termine par quelques considérations générales sur la suggestion hypnotique dans les maladies des yeux.

Hyvert ne consacre aucune considération de ce genre dans son ouvrage des blessures du globe de l'œil.

Dans le traité des maladies des yeux de de Wecker et Landolt dans celui de Panas, on ne rencontre que quelques phrases ayant rapport à ce sujet.

Le travail de A. Zander et de A. Geissler, sur les lésions de l'œil, renferme quelques observations sur les traumatismes de cet organe.

Dans l'ouvrage de Schneider sur les lésions de la tête au point de vue médico-légal (Stuttgard, 1848), la partie consacrée aux traumatismes de l'œil est assez courte.

Il y a quelques années, Rolland a publié un certain nombre d'observations sur les lésions de l'œil au point de vue médico-légal.

En 1874, Arlt, professeur de clinique ophtalmologique à l'Université de Vienne, a fait paraître un petit volume sur les

blessures de l'œil au point de vue pratique et médico-légal. «C'est, à proprement parler, dit Hasner, le premier écrit qui considère le côté traumatique des lésions de l'œil d'une façon courte et générale.»

Nous citerons également le mémoire de Otto-Bergmeister. Depuis cette époque, il a paru plusieurs mémoires dans les revues et journaux d'oculistique.

En 1888, Grandclément a publié un travail sur les blessures de l'œil au double point de vue des expertises judiciaires et de la pratique médicale.

Nous avons également sur ce sujet quelques thèses de Lyon, inspirées par les professeurs Gayet et Laccassagne.

Nous citerons celle de Ogier, sur «l'iris, au point de vue médico-légal»; celle de Dressy intitulée : «les Annexes de l'œil au point de vue médico-légal»; celle de Penet qui a pour titre : «Traumatisme du cristallin avec considérations médico-judiciaires», et enfin celle de H. Poirson sur «les plaies de la cornée au point de vue du pronostic et des responsabilités judiciaires» (1883).

Badal a publié dans les «Archives générales d'ophtalmologie» (1888-1889) deux mémoires sur «les troubles visuels consécutifs aux accidents de chemin de fer».

En 1893, M. le professeur Truc a fait paraître, dans le «Montpellier médical» et dans les «Annales d'hygiène et de médecine légale», un mémoire sur «l'œil au point de vue médico-légal». — Nicati, a publié récemment (Semaine médicale, 1894) une note sur un signe de mort certaine emprunté à l'ophtalmotonométrie. Enfin, au mois de mars 1894, Despagnet a fait à la société d'ophtalmologie une communication ayant pour titre : «Nouvelle cause de myopie. Cas de médecine légale».

Au titre modeste de cette thèse, on peut voir que nous n'avons pas la prétention de traiter d'une façon complète les rapports de l'œil et de la médecine légale.

Le peu de temps dont nous disposions ne nous permettait pas d'ailleurs de pousser le sujet aussi loin que nous l'aurions voulu. Aussi, nous bornerons-nous à donner un aperçu succinct de quelques questions relatives à l'œil médico-légal ; nous produirons ensuite, avec les réflexions que nous suggérera chaque cas, un certain nombre d'observations nouvelles puisées dans le service de M. Truc ou dues à l'obligeance de M. le professeur Jaumes.

Voici d'ailleurs le plan que nous avons adopté :

- I. Considérations générales sur le rôle du médecin expert.
- II. Responsabilité du médecin dans les opérations oculaires.
- III. Identité.
- IV. Coups et blessures.
- V. Accidents de chasse.
- VI. Accidents de chemin de fer.
- VII. Simulation, dissimulation, exagération.
- VIII. Dommages et intérêts.
- IX. Conclusions.
- X. Index bibliographique.

Avant de commencer, nous tenons à remercier ici, publiquement, les personnes qui nous sont venues en aide dans l'exécution de ce travail.

Nous donnons un témoignage de gratitude à M. le Dr Truc, professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Médecine de Montpellier, qui a bien voulu nous fournir les principaux matériaux de cette étude et sanctionner ce travail de l'autorité de son nom en acceptant la présidence de cette thèse.

Que M. le Dr Jalabert, aide de clinique ophtalmologique à la Faculté de Médecine de Montpellier, reçoive nos meilleurs remerciements pour les renseignements cliniques qu'il nous a donnés.

QUELQUES OBSERVATIONS
DE
MÉDECINE LÉGALE OCULAIRE

I. — Considérations générales sur le rôle du médecin expert.

Dans toute affaire médico-légale, le rôle de l'oculiste, comme celui du médecin général, est exclusivement un rôle d'expert.

Le médecin appelé à donner son appréciation sur l'état oculaire d'un blessé ou d'un cadavre, à émettre son avis sur les suites d'une maladie, sur le résultat d'une opération, doit le faire en toute liberté, sans se préoccuper de la situation de l'intéressé, sans se laisser dominer par des influences extérieures. L'idée du devoir à accomplir, ici, comme partout ailleurs, doit être le seul mobile auquel il doive obéir.

Il commencera par étudier soigneusement et méthodiquement son malade, le verra à plusieurs reprises, si cela est nécessaire, renverra son examen à une date ultérieure pour peu qu'il conçoive des doutes. Il pratiquera un examen général et des examens oculaires complets. La plupart du temps, il aura affaire à des individus de mauvaise foi qui cherchent à lui donner le change en feignant une maladie qui, en réalité, n'existe pas,

ou en exagérant une affection de peu d'importance. Il sera donc prévenu et se tiendra toujours en garde contre les simulations, les dissimulations ou les exagérations du patient.

Dans les cas de traumatismes de l'œil ou des annexes, il sera toujours bon, en portant son pronostic, d'ajouter la formule suivante : « sauf complications que rien ne fait prévoir aujourd'hui ». Souvent il sera même préférable de ne pas déterminer immédiatement la gravité de l'affection et les conséquences qui peuvent en résulter. Par contre, lorsque l'expert sera appelé longtemps après la blessure, il devra généralement porter une appréciation définitive.

Pour poser un diagnostic exact, pour porter un bon pronostic, il profitera de tous les renseignements qui pourront lui être fournis. Il consultera les documents rétrospectifs, mettra à contribution les rapports médicaux antérieurs ; les dépositions des témoins lui seront aussi d'un grand secours pour reconstituer les divers éléments de la scène ou de l'acte délictueux.

Pour faire un examen clinique complet, il devra : a) examiner comparativement les deux yeux.

b) Tenir le plus grand compte de l'état général de l'individu, de l'influence de l'âge, etc.

c) Si une opération est nécessaire, il n'oubliera pas les résultats consécutifs qui sont communs à toute opération pratiquée sur les yeux.

d) Enfin, il devra toujours songer à la possibilité d'accidents sympathiques.

Il trouvera, la plupart du temps, dans l'examen comparatif des deux yeux, des renseignements très précieux. Il verra assez fréquemment des individus de bonne foi, attribuant à un traumatisme des troubles de la vue qui, en réalité, sont bien antérieurs à la blessure. Il n'est pas rare en effet de rencontrer des personnes qui viennent vous trouver parce que la vue a disparu subitement d'un œil. Elles vous racontent que le matin, en fermant l'œil droit,

par exemple, elles ont remarqué qu'elles voyaient trouble ou qu'elles ne voyaient presque plus de l'œil gauche. En pratiquant l'examen oculaire, on trouve ou une cataracte, ou un trouble du vitré, ou une altération des membranes profondes, etc... dont l'existence remonte déjà bien loin. Cet œil était mauvais depuis longtemps, mais le malade ne s'en doutait pas ; il ne s'en est aperçu que lorsqu'il a fermé l'autre, dont la vue est normale. Supposons qu'il eût reçu, la veille ou l'avant-veille, un coup, même léger, sur cet œil, il aurait pu parfaitement, sans en avoir conscience, en rendre le traumatisme responsable.

L'examen de l'autre œil pourra, dans des cas analogues, fournir d'utiles renseignements au médecin expert ; car cet œil présentera souvent des lésions identiques à celles du premier, peut-être moins avancées.

Il faut donc poser en principe que l'examen comparatif des yeux doit toujours être fait.

Dans son traité sur les blessures de l'œil au point de vue médico-légal, Arlt rapporte l'observation suivante :

Il s'agit d'un malade qui entre dans son service pour une luxation du cristallin dans la chambre antérieure de l'œil droit, consécutive à un coup de bâton sur cet œil. Les renseignements fournis par le malade sur le mécanisme de la luxation et sa chute dans la chambre antérieure, étaient très incomplets ; avant son départ, Arlt eût, par hasard, l'idée d'instiller dans l'œil gauche deux ou trois gouttes d'atropine. Il s'aperçut, sans difficulté, que le cristallin de cet œil était également luxé de bas en haut. Ce malade avait donc une double luxation du cristallin qui remontait à sa jeunesse ou peut-être à sa naissance. L'examen de l'œil gauche a sûrement évité une méprise ; il a empêché d'attribuer au traumatisme une lésion qui avait une toute autre origine.

Après avoir pratiqué l'examen oculaire, l'expert devra porter toute son attention sur l'état général du malade.

En présence d'une cataracte supposée d'origine traumatique, il

faut toujours se demander si, en dehors du traumatisme, on ne trouve rien dans la santé du malade qui ait pu amener cette cataracte ou avoir contribué, dans une certaine mesure, à son développement. Il importe de rechercher si le malade est diabétique, albuminurique, artério-scléreux ; si dans sa famille d'autres personnes ont eu la cataracte ; s'il présente de la myopie, s'il a des lésions de la choroïde, un décollement de la rétine, etc.

En face d'une atrophie optique, il faut s'enquérir si le malade n'est pas syphilitique, tabétique, alcoolique, etc...

S'il s'agit d'un décollement de la rétine, il est bon de s'assurer s'il n'a pas de la myopie, de la choroïdite, etc.

L'examen clinique terminé, l'expert reconnaîtra facilement l'état de l'œil et les causes des lésions observées, surtout si auparavant la vue ne laissait rien à désirer. Il lui sera aisé également, après avoir recherché le degré d'acuité qui lui reste, de calculer exactement celle qu'il a perdue. Il devra néanmoins se tenir en garde contre les assertions du blessé au sujet de l'étendue de la perte de vision ; car bien souvent ce dernier exagérera son mal. Pour ce qui est du préjudice causé et des conséquences qui peuvent en résulter pour l'avenir, il devra être très réservé dans son pronostic. Si l'étendue de la perte de l'acuité peut être évaluée d'une façon mathématique, il n'en est pas de même du préjudice causé. Ce dernier consiste dans l'incapacité de travail consécutive au traumatisme.

En médecine légale, on distingue deux sortes d'incapacité de travail. L'une est générale, l'autre est professionnelle. L'incapacité générale est déterminée par le temps pendant lequel la lésion empêche le blessé de vaquer à ses occupations ordinaires. L'incapacité professionnelle, ainsi que le nom l'indique, consiste dans l'impossibilité où se trouve le malade d'exercer sa profession ; elle est bien plus délicate et plus difficile à estimer. Dans les cas de luxation complète du cristallin ou de cataracte traumatique, l'acuité peut être, après opération, plus ou moins augmentée par les

verres convexes. Mais s'il s'agit de décollement de la rétine, d'atrophie du nerf optique, de leucome consécutif à un ulcère traumatique de la cornée, la vision n'est plus améliorée par les verres. Dans l'un et l'autre cas, pour apprécier l'incapacité du travail, l'expert tiendra compte de l'âge, de l'état général, des infirmités oculaires antérieures du sujet.

L'expert devra surtout faire ressortir dans ses conclusions :

a) Si le malade avec ou sans lunettes peut continuer l'exercice de sa fonction.

b) S'il est obligé d'abandonner la profession qu'il exerçait.

c) Si l'incapacité de travail a seulement pour conséquence un changement de profession, ou bien si elle rend impossible l'exercice d'un métier quelconque.

Si l'expert répond aux questions posées par des arguments précis et bien ordonnés, n'affirmant ou ne niant que ce dont il est absolument sûr ; s'il donne comme incertain ce qui est incertain et comme probable ce qui est probable, il sera dans une situation nette et inébranlable ; les observations du président, de l'attaque ou de la défense, les questions qu'on pourra lui poser, les objections qu'on pourra lui faire, ne sauraient l'embarrasser.

II. — Responsabilité du médecin dans les opérations oculaires.

Il arrive parfois que des malades soignés pour des affections oculaires graves, comme une ophthalmie purulente, strumeuse, granuleuse, un ulcère de la cornée, un iritis ou irido-choroïdite, une lésion des membranes profondes, les opérés de cataracte etc.,

intentent un procès au médecin qui les a traités et le poursuivent pour dommages et intérêts.

Le médecin expert appelé à émettre son avis sur une question aussi délicate et aussi grave a besoin de beaucoup de prudence et de discernement. Il doit examiner avec le plus grand soin toutes les causes qui ont pu modifier la marche de l'affection et en aggraver le pronostic. Il doit savoir reconnaître les complications qui ont pu survenir et qui dépendent d'une imprudence du malade ou de son entourage, de sa mauvaise constitution ou de toute autre cause.

L'article 29 de la loi du 19 ventose an XI relative à l'exercice de la médecine et applicable aux officiers de santé est ainsi conçue :

« Les officiers de santé ne peuvent pratiquer les grandes opérations chirurgicales que sous la direction et l'inspection d'un docteur, dans les lieux où celui-ci est établi ; et dans le cas d'accidents graves arrivés à la suite d'une opération exécutée hors de la surveillance et de l'inspection d'un docteur, il y aura recours en indemnité contre l'officier de santé qui s'en sera rendu coupable. »

Les officiers de santé ne peuvent donc assumer la responsabilité d'une opération de cataracte¹ ou de toute autre opération sur les yeux d'une exécution difficile ou d'une certaine gravité, s'ils ne veulent s'exposer à être poursuivis devant les tribunaux et condamnés en cas de procès.

Quel est le rôle du docteur-médecin appelé comme expert dans le cas de poursuite d'un autre docteur-médecin devant les tribunaux ? Car on voit parfois le malade intenter un procès au médecin qui l'a opéré sans succès d'une cataracte ou lui a donné des soins pour une affection oculaire quelconque.

Le médecin ne peut pas être rendu responsable d'une mé-

¹ L'opération de cataracte est considérée comme une grande opération.

thode de traitement qui ne réussirait pas. Il n'y a pas de loi qui admette la responsabilité en pareille matière, lorsqu'il s'agit de savoir si une opération était ou n'était pas indispensable, si elle a été exécutée régulièrement, si le traitement suivi était bien approprié à la maladie. Puisque la loi a déterminé les épreuves à subir pour devenir médecin, légalement, celui qui a obtenu ses grades a au moins une certaine présomption de capacité. Si les tribunaux se rendaient juges d'une opération ou d'un traitement institué par un médecin, l'exercice de la médecine serait de ce chef complètement entravé.

Les médecins, ceci est admis sans conteste et d'une façon générale, ne sont donc pas rendus responsables de l'insuccès obtenu dans le traitement des maladies ou de l'échec d'une opération pratiquée sur l'œil ou tout autre organe, et des conséquences fâcheuses qui peuvent en résulter pour le malade.

La loi n'admet la responsabilité que lorsqu'il a été commis une grosse faute telle que négligence, inobservation des règlements, inattention, imprudence, et que cette faute a causé des infirmités ou la mort d'un individu.

Toutefois, il est bon de connaître et d'observer quelques règles au sujet de certaines opérations qui se pratiquent sur les yeux et de la cataracte en particulier.

Ce n'est pas une opération que l'on soit obligé de pratiquer sur-le-champ ; on peut au contraire attendre et choisir l'époque qui paraît la plus convenable.

En thèse générale, on ne devrait jamais opérer la cataracte sur les deux yeux à la fois ; car, en cas d'échec, le malade est voué à une cécité absolue. Au contraire, en ne faisant l'opération que sur un œil, le malade, en supposant que l'opération ne réussisse pas, a, par devers lui, quelque chance d'y voir de l'autre.

Il pourra, s'il le désire, s'adresser à un autre chirurgien. Si le même opérateur intervient, il modifiera peut-être son procédé opératoire, prendra beaucoup plus de précautions, tâchera d'évi-

ter tous les accidents qui sont venus compliquer la première opération et empêcher la guérison ; il pourra également remettre l'opération à une autre époque. Bref, le médecin s'efforcera, par tous les moyens possibles, d'assurer au malade le plus de chances de succès.

III. — Identité.

L'identité, d'après l'excellente définition qu'en a donnée le professeur Lacassagne, consiste dans la détermination de l'individualité d'une personne. Le médecin peut être appelé à établir l'identité d'une personne dans bien des circonstances. Un individu est trouvé sur la voie publique, sans papiers, il s'agit d'établir son identité au point de vue physiologique : c'est là un cas de simple police. Souvent, c'est au point de vue criminel qu'il importe de rechercher l'identité ; tantôt c'est un prévenu qui demande le bénéfice d'un alibi ; tantôt, c'est un individu qui est arrêté parce qu'il a quelque ressemblance avec un évadé. Il peut en être également de même au point de vue du droit civil. Les registres de l'état civil peuvent avoir disparu, comme à Paris, par exemple, après la Commune. On peut encore avoir à rechercher l'identité dans les cas d'héritage, de filiation : il faut déterminer si un individu absent depuis longtemps, et se présentant pour réclamer ses droits de famille, est en réalité celui qu'il prétend être. Ces questions d'identité sont généralement résolues d'après certaines particularités de conformation ou d'altérations pathologiques constatées soit sur le vivant, soit sur le cadavre.

Les particularités physiques congénitales ou acquises, physio-

logiques ou pathologiques, ethniques ou professionnelles qui peuvent servir à établir l'identité d'un individu, sont de plusieurs sortes. Mais dans le cadre restreint que nous nous sommes assigné, ces signes peuvent être groupés d'après leur nature ou leur forme en cinq classes d'identité :

- 1° L'identité ethnique ;
- 2° L'identité physiologique ;
- 3° L'identité pathologique ;
- 4° L'identité professionnelle ;
- 5° L'identité thanatologique.

1° *Identité ethnique.* — Elle peut être fixée par quelques particularités anthropologiques que peuvent présenter l'œil et les annexes de l'œil dans la série des races humaines. Les orbites, les sourcils, les paupières, la fente palpébrale, l'iris, etc., sont susceptibles de varier d'aspect, de forme, de coloration suivant les différentes races humaines.

2° *L'identité physiologique* s'établit d'après les particularités individuelles des annexes de l'œil et du globe. Du côté des sourcils, on peut rencontrer certaines modifications apportées par l'âge, la constitution ou par différentes circonstances physiologiques : telles que la calvitie sourcilière, la présence des poils dans l'espace intersourcilier réunissant les deux sourcils, la forme des sourcils, leur coloration artificielle, etc.

Du côté des paupières, les plis de la patte d'oie ; l'arc sénile, la coloration de l'iris, le colobome des paupières, de l'iris, de la choroïde, l'absence de cristallin, la présence d'une cataracte congénitale, l'ectopie de la pupille, la polycorie, la persistance de la membrane pupillaire, l'albinisme, la position des globes, etc., serviront à établir l'identité physiologique.

3° *L'identité pathologique* est constituée par les différentes particularités morbides, telles que les nævi, les cicatrices, les tumeurs que l'on rencontre du côté des paupières et des sourcils ; le blépharospasme, l'entropion, le trichiasis, le ptosis, etc. ; les nævi,

les cicatrices, les tumeurs de la conjonctive; le larmolement, les fistules et les tumeurs lacrymales, les strabismes et le nystagmus, les leucomes, les staphylomes, les tumeurs de la cornée; l'absence, la luxation ou l'opacification du cristallin, les hémorrhagies rétinienne ou choroïdienne, les atrophies choroïdienne et optique, le décollement de la rétine, les tumeurs de la choroïde; l'atrophie ou l'absence complète de globe.

4° *L'identité professionnelle* est caractérisée par certains stigmates intéressant au plus haut point le médecin légiste : tels que poussières dans les cheveux, les sourcils, la barbe, tatouages, incrustations, cicatrices que l'on rencontre chez les meuniers, les charbonniers, les fumistes, les plâtriers, les ouvriers travaillant dans les carrières, dans les mines ou dans les forges, la blépharite chez les vidangeurs ou les ouvriers travaillant le sulfate de cuivre; chez les élégants et les mondains, on peut trouver certains ingrédients, tels que des cosmétiques, etc.

5° Par *identité thanatologique* nous entendons les signes fournis par l'œil et les annexes et servant à faire reconnaître qu'une personne a cessé de vivre. Elle s'applique à l'enfoncement oculaire aux paupières ouvertes, entr'ouvertes ou fermées, à l'état de la pupille, à la tension oculaire, etc...

Pendant longtemps, on a admis que, aussitôt après la mort, les yeux sont ouverts; de là cette pieuse et tendre coutume, dans les familles, de venir fermer les yeux de celui qui n'est plus.

En réalité, meurt-on les yeux fermés ou ouverts ?

Le professeur Tourdes prétend que les paupières, s'ouvrant au moment du dernier soupir, doivent se trouver fermées pendant l'agonie; Van Hasselt, Parrot et d'autres disent qu'au moment de l'agonie les yeux sont déjà ouverts et restent dans cet état au moment de la mort; pour Müller, la vérité serait entre ces deux opinions et les caractères thanatologiques seraient indépendants du genre de mort.

En 1878, Galezowski a fait, au Congrès de médecine légale de

Paris, une communication sur l'état des paupières après la mort. L'auteur a examiné 30 cadavres, et parmi eux il a trouvé :

9 sujets avec les paupières complètement fermées au moment de la mort ;

11 avec les paupières demi-fermées ;

6 avec une ouverture palpébrale très manifeste au moment de la mort, mais se rétrécissant peu à peu et finissant par disparaître au bout de quelques heures.

4 avaient les yeux ouverts au moment de la mort ; au bout d'un certain temps, un des yeux s'était refermé, l'autre était resté ouvert.

Valude, sur 100 sujets qu'il a observés, en trouve : 7 à 12 % avec les yeux fermés ; 15 % avec les yeux ouverts ; 65 % avec les yeux demi-ouverts ; le reste avec un œil ouvert et un œil fermé, etc. Donc, dans les deux tiers des cas, l'orifice palpébral est demi-ouvert.

De plus, Valude a recherché, parmi les cadavres qu'il lui a été permis de revoir, comment se comportaient les paupières déjà observées. Les yeux antérieurement fermés ne se sont jamais ouverts dans un espace de deux ou trois jours. Il a constaté que, sur 100 yeux ouverts ou demi-ouverts au moment de la mort, 50 environ tendent à se fermer ; l'autre moitié ou peut-être un peu moins resteraient dans l'état même où ils se trouvaient au moment de la mort. Ces proportions seraient les mêmes pour les hommes, les femmes et les enfants.

Les sujets adipeux, corpulents, auraient, semble-t-il, une tendance à mourir les yeux fermés ; les sujets maigres, au contraire, mourraient plutôt les yeux ouverts.

Enfin, à la seule inspection d'un cadavre, il serait possible de reconnaître si les yeux se sont fermés spontanément ou si les paupières ont été rapprochées artificiellement. Dans le premier cas, les yeux ressemblent à ceux d'un homme endormi ; dans le second, il existe à la partie culminante de la paupière une em-

preinte blanchâtre qui dénote la pression du doigt qui a clos les paupières.

Au moment de la mort, les globes se redressent : on a dit qu'un individu mort et couché semble regarder un objet situé au plafond et derrière sa tête. La sécrétion des larmes semble également un peu augmentée, et le moribond verserait, paraît-il, une dernière larme. L'iris est contracté pendant l'agonie ; il se dilate au contraire au moment de la mort, et se rétrécit de nouveau dans la suite, surtout lorsque l'humeur aqueuse a déjà disparu. On a recherché si, après la mort, la pupille réagissait encore sous l'influence de l'atropine : elle est immobile, et l'atropine, de même que tous les autres mydriatiques, sont sans action sur elle.

Tout récemment Nicati, de Marseille, a fait connaître un signe de mort certaine emprunté à l'ophtalmotonométrie. A l'état normal, il a trouvé avec son instrument que la tension oculaire est de 18 à 21 grammes ; elle baisse avec la cessation des battements du cœur ; une demi-heure après la mort, elle varie de 1 à 3 grammes ; la détente définitive n'a lieu qu'après deux heures et devient alors complète.

Dans les attentats à la vie, que ceux-ci dépendent d'un accident, d'un crime ou d'un suicide, on a observé du côté des yeux diverses manifestations.

Dans l'asphyxie par le charbon, il existerait au début un larmoiement considérable ; dans l'asphyxie par les gaz méphitiques des fosses d'aisance, il y aurait une irritation des conjonctives palpébrales et bulbaires (ophtalmie des vidangeurs).

Dans la suffocation et dans la strangulation, on trouve de petites taches ecchymotiques sous-conjonctivales que l'on peut rencontrer aussi dans certaines morts subites et affections convulsives, ainsi que dans les fractures de l'os frontal et du crâne.

Dans la pendaison, il y a un gonflement et une coloration bleuâtre des paupières, de la rougeur et de l'exorbitisme. La

propulsion des yeux n'est pas constante et indique que la pendaison est de longue durée. Les ecchymoses des paupières et des conjonctives, et ce que Lacassagne a décrit sous le nom de piqueté scarlatin méritent, au contraire, d'être pris en considération.

Les poisons ont surtout une action locale ; néanmoins, ils peuvent exercer une action médiate sur l'œil. L'expert devra tenir compte des phénomènes qu'ils déterminent. Il trouvera parfois de la conjonctivite (nitrate acide de mercure, ammoniacque, sels arsenicaux, chloral, etc.), de l'exorbitisme (acide chlorhydrique, digitale, ciguë, nicotine, strychnine, etc.), de la mydriase (atropine, datura stramonium, jusquiame), du myosis (ésérine, pilocarpine, muscarine, strychnine, etc.).

IV. — Coups et blessures.

Par coups et blessures on entend toute lésion faite au corps humain par une cause violente, physique ou chimique. Ils sont très importants à étudier, car ils peuvent être nombreux et variés et la cause d'expertises médico-judiciaires.

Ces traumatismes peuvent être volontaires ou involontaires, l'action involontaire pouvant résulter elle-même d'une imprudence ou d'un accident.

Nous nous contenterons d'indiquer les plus ordinaires et de reproduire certaines observations publiées déjà par M. Truc, et quelques-unes inédites qu'il a bien voulu nous communiquer.

Les coups et blessures volontaires, par imprudence ou accidentels, sont de nature très variable. Ils comprennent : les brû-

lures, les commotions, les plaies par instrument piquant, tranchant ou contondant, les déchirures, les distorsions, les luxations, les plaies par armes à feu avec ou sans corps étrangers et portent sur les annexes, sur le globe ou le système nerveux oculaire. Pour apprécier le dommage causé, il ne faudra pas se contenter de s'en tenir aux lésions immédiates, il faudra également songer aux complications ultérieures, aux troubles fonctionnels qui peuvent en résulter, enfin aux divers troubles physiques et même psychiques, relatifs à l'appareil de la vision. On établira la nature des lésions produites, leur degré de gravité, leurs causes et les conséquences qui peuvent en résulter dans la suite.

Ici, comme partout ailleurs, le médecin expert devra se montrer très prudent et ne pas se hâter de conclure.

PREMIÈRE OBSERVATION.

(Publiée par M. le professeur Truc).

Coup de couteau sur l'œil gauche : plaie de la paupière supérieure, déchirure de la conjonctive bulbaire, hémorragie considérable dans la chambre antérieure et dans le vitré. — Abolition de la vision.

Le nommé A..., gardien dans une maison de correction, a été blessé d'un coup de couteau sur l'œil gauche par un jeune détenu. Il s'est produit une plaie de la paupière supérieure, une éraillure de la conjonctive oculaire à la partie externe, à quelques millimètres de la cornée, et une hémorragie considérable dans le vitré et la chambre antérieure. Peu après, l'iris est terne, la pupille dilatée et immobile, les milieux sont inéclairables à l'ophtalmoscope et le globe paraît hypotone. M. Truc fait des réserves sur la perte complète et définitive de la vision correspondante, mais plus tard l'œil étant très mou, diminué de volume, en voie d'atrophie complète, il affirme la déchéance de l'œil.

La discussion des faits et les conclusions qui en découlent peuvent être ainsi résumées :

L'état oculaire et palpébral résulte d'un traumatisme. La blessure palpébrale, par son siège, sa direction, la netteté de ses bords, implique l'idée causale d'un instrument tranchant; il semble même, vu la forme et la direction de la plaie ou de la cicatrice, que celle-ci ait été produite par un coup porté obliquement à la fois en bas, en dedans et en arrière. Le prolapsus léger de la paupière est le fait de l'inflammation qui a suivi la blessure, il ne présente qu'une faible importance et s'amendera sans doute progressivement.

La lésion oculaire est le résultat d'une violente contusion du globe produite du même coup et avec le même instrument que la plaie palpébrale.

L'élasticité de l'œil et la protection de la paupière n'ont permis qu'une éraillure de la conjonctive bulbaire. La contusion a produit immédiatement une abondante hémorrhagie intra-oculaire, et l'abolition de la vision a entraîné la déchéance rapide de l'organe. La perte de la vue de l'œil gauche est complète et définitive.

Cette perte est complète, car le malade distingue à peine la vive lumière réfléchie par le miroir ophtalmoscopique; l'iris en outre est dégénéré, la pupille immobile et le vitré obstrué par une large membrane d'aspect fibrineux.

Cette perte est définitive, car la sensation de lumière a presque totalement disparu, les membranes profondes sont altérées, les milieux sont ramollis et l'atrophie, aujourd'hui légère, paraît progressive. On peut se demander si l'œil gauche était, avant la blessure, absolument normal. On ne saurait l'affirmer, mais cela paraît probable; en tout cas, les réponses du patient et l'examen de l'œil droit sont favorables à cette manière de voir. Le traumatisme d'ailleurs est, à lui seul, largement suffisant pour expliquer l'état actuel de l'œil gauche.

L'œil blessé reste-t-il un danger pour l'autre œil? Question délicate et à réserver formellement.

Quand un œil a subi, comme celui d'A... , un traumatisme violent, il peut toujours, spontanément ou sous des influences plus ou moins saisissables, agir sympathiquement sur son congénère et entraîner sa perte ou son affaiblissement; quand cet œil ne présente cependant ni plaie ni inflammation consécutive importante, son influence sur le congénère est relativement rare. On doit donc penser que l'œil droit d'A... , œil actuellement sain, ne peut être que fâcheusement impressionné par l'œil gauche, mais semble devoir longtemps rester parfaitement indemne.

A... a donc subi un violent traumatisme et présenté une double lésion : 1° plaie palpébrale; 2° contusion oculaire.

La plaie palpébrale a été produite par un instrument tranchant et n'offre, en réalité, aucune importance. La contusion oculaire a eu lieu avec le même instrument et du même coup, elle est d'une extrême gravité. Cette contusion, en effet, a déterminé une hémorrhagie intra-oculaire abondante, la désorganisation des milieux et l'atrophie du globe oculaire.

La vision de l'œil blessé est complètement et définitivement abolie; l'atrophie progressive est à peu près certaine.

L'influence de l'œil traumatisé sur l'autre ne peut être que fâcheuse, mais elle est actuellement nulle; son influence dans l'avenir est peu probable, mais toujours possible et doit être rigoureusement observée.

OBSERVATION II.

(Communiquée par M. le professeur Jaumes et publiée par M. le professeur Truc),

Blessure de l'œil droit par un éclat de pierre : névrite optique consécutive. —

Diminution de la vision.

Le nommé A... , 46 ans, mineur, reçoit sur l'œil droit, le 3 février 1880, un éclat de pierre détaché par un coup de massue. L'œil est tout ensanglanté et la vision nulle; peu après, céphalalgie violente.

Au bout de dix jours, la vision est un peu revenue à droite, mais la céphalalgie persiste.

Dans la suite, la vision reste stationnaire, mais il existe de la fatigue, des vertiges, de la céphalalgie qui empêchent tout travail.

L'œil droit présente un aspect ordinaire ; la vision permet à 4 mètr. de lire le n° 50 de Snellen, les phosphènes sont conservés, le champ visuel est normal. A l'ophtalmoscope on note des stries blanchâtres choroïdiennes, des artères relativement grêles, des veines un peu congestionnées et une décoloration choroïdienne de la région interne papillaire analogue à un staphylome.

L'œil gauche est intact et normal.

Il s'agit d'apprécier : Quel est le degré de la vision de l'œil droit ? A quelle lésion faut-il attribuer la diminution de la vision ? Quelle serait la conséquence de cette lésion ?

Voici les conclusions :

1° La vision a sensiblement diminué de l'œil droit.

2° L'ensemble des signes, tant ophtalmoscopiques que subjectifs, permet de rattacher cette diminution actuelle de la vision à l'existence d'une névrite optique.

3° Si la vision antérieure était intacte, il y a lieu d'admettre que l'accident a contribué au développement de la névrite.

4° Toutes réserves faites quant à la possibilité d'une amélioration plus ou moins prononcée, plus ou moins durable, on est autorisé à redouter soit la persistance d'un état stationnaire, soit même une aggravation ultérieure.

Quatre ans après, en 1884, le blessé se plaint d'une aggravation oculaire et donne lieu à un nouveau rapport.

Il accuse une diminution de la vue dans les deux yeux, à distance, et des troubles caractérisés par des taches, des ombres, des plaques brillantes.

Il n'existe aucune lésion nouvelle dans l'œil droit ou l'œil gauche ; l'œil blessé s'est un peu amélioré et l'autre est devenu presbyte.

On conclut que :

1° La névrite optique de l'œil droit a rétrogradé et la vision sensiblement gagné.

2° Les explorations n'ont pas révélé dans l'œil gauche l'existence de désordres imputables à l'accident de 1880 et susceptibles de rendre compte de la diminution que le sieur A... accuse dans la vision de loin.

Enfin, en 1891, le malade se plaignant toujours, il s'agit de s'assurer s'il est survenu une nouvelle aggravation dans l'état du blessé. On constate que les yeux ont subi depuis 1884 les modifications habituelles de l'âge et aussi un certain trouble des milieux ; que la vision est diminuée dans les deux yeux, surtout l'œil droit, et que la diminution peut être attribuable à l'accident de 1880.

OBSERVATION III.

(Communiquée par M. le professeur Jaumes et publiée par M. le professeur Truc).

Contusion par un morceau de bois de la région frontale droite. — Trouble de la moitié interne des papilles.

Le sieur C..., 32 ans, commerçant, reçoit, le 17 août 1876, un coup sur la tête à l'aide d'un morceau de bois et présente de ce fait une légère plaie contuse vers la région frontale supérieure droite et un peu de congestion cérébrale. Troubles fonctionnels ; sensibilité au niveau de la blessure diminuée (?) Vision souvent troublée, nuageuse et yeux larmoyants.

A l'ophtalmoscope, on observe que la moitié interne des papilles est brunâtre et diffuse.

S'agit-il d'une lésion des centres nerveux ? de troubles méningitiques ? d'inflammation osseuse ?

« Je ne suis pas en mesure, dit le professeur Jaumes, de me

prononcer à l'heure actuelle sur la nature et la durée de la maladie. » L'avenir lui paraît absolument réservé, et il conclut :

1° G... porte sur le front une contusion qui est le témoignage d'une plaie peu ancienne.

2° Les symptômes, tant subjectifs qu'objectifs, peuvent-être mis sur le compte des accidents congestifs siégeant sur l'encéphale ou ses enveloppes.

3° Ces accidents peuvent être rattachés au traumatisme subi le 17 août dernier.

4° Il est impossible de déterminer la durée du temps nécessaire à la disparition des phénomènes racontés par G...

5° Il n'est pas davantage possible de préciser les conséquences des lésions, dont ces phénomènes sont peut-être la manifestation.

Comme on le voit par cette observation, il n'est pas toujours possible de tirer des conclusions fermes. Souvent des examens répétés à certains intervalles seraient nécessaires. Ne pouvant faire mieux, on s'en tiendra toujours strictement aux constatations directes, jamais on ne les dépassera. Quant au pronostic, on devra se montrer d'une grande prudence.

D'ailleurs le traumatisme n'agit pas toujours directement, comme c'était ici le cas. Souvent il n'est que l'occasion des troubles oculaires observés, et la part qui lui revient est parfois assez minime. C'est alors qu'il importe d'examiner soigneusement son malade, d'étudier son tempérament, ses antécédents oculaires, d'apprécier exactement les symptômes constatés, de les rapprocher, si possible, d'autres faits déjà connus, de ne pas trop se hâter de conclure et de ne le faire qu'après mûre réflexion et avec beaucoup de réserve.

L'observation suivante est à ce sujet des plus instructives.

OBSERVATION IV.

(Publiée par M. le professeur Truc).

Contusion de la tête par un fagot de sarments. — Kératite ulcéreuse grave, hernie de l'iris, irido-choroïdite, atrophie globe OD.

Une fillette de 3 ans, entrée plus tard dans le service interne de la clinique ophtalmologique, reçoit un jour sur la tête un fagot de sarments que l'on hissait à un grenier. L'enfant est projetée par terre, sans autres lésions qu'une éraillure du cuir chevelu. Aucune suite ne survient, si ce n'est une croûte au niveau des régions contuses,

Quinze jours après, du côté droit, kératite ulcéreuse grave, hernie de l'iris, irido-choroïdite et atrophie du globe consécutive.

Quelle est la part du traumatisme ?

D'une part, a dit M. Jaumes, le traumatisme a provoqué des plaies cutanées céphaliques qui ont persisté sous l'influence de l'état lymphatique du sujet.

D'autre part, ces croûtes sous l'influence du lymphatisme ont pu être une cause d'infection oculaire. On ne peut en tout cas exclure ces deux causes des doubles facteurs :

1° Tempérament lymphatique ; 2° Traumatisme.

« Est-il possible, dit M. Jaumes, d'aller plus loin ? De mesurer le quantum d'influence exercée dans la réalisation de la maladie de l'œil, d'un côté par la prédisposition de l'enfant représentée par le tempérament, d'un autre côté par l'accident et par le traumatisme qui est intervenu à titre de cause occasionnelle ?

» Je ne le crois pas. J'estime qu'on est autorisé à établir un enchaînement entre le traumatisme et les accidents morbides dont l'œil droit a été ultérieurement le théâtre, mais je ne saurais dire la part de responsabilité incombant à chacun des deux facteurs

(predisposition, causes occasionnelles) qui ont participé à la production de ces phénomènes morbides», et il conclut :

1° Que l'accident chez la jeune R... a déterminé des lésions immédiates consistant en contusions et plaies de peu de gravité siégeant sur le cuir chevelu, le côté droit du front et peut-être sur les tissus de l'orbite.

2° Les phénomènes qui se sont développés ultérieurement sur l'œil droit ont été la conséquence inévitable de l'accident ;

3° Ces phénomènes morbides ont abouti à ^{ultérieurement} la destruction du segment antérieur de l'œil droit, et cet œil est irrémédiablement perdu ;

4° Les désordres dont l'œil droit a été le siège constituent, théoriquement, une source de dangers pour l'œil gauche.

OBSERVATION V (inédite).

(Due à l'obligeance de M le Professeur Truc).

Coup de chaise sur l'œil droit : vaste ecchymose de la conjonctive palpébrale et bulbaire ; rupture scléro-cornéenne, hémorragie intra-oculaire. Enucléation.

E... , Ulysse, 26 ans, se présente à la Clinique ophtalmologique pour un violent coup de chaise reçu sur l'œil droit. Ce coup l'a étourdi et a provoqué une violente douleur dans l'œil contusionné. La vision correspondante, qui était très faible avant l'accident, a totalement disparu. La vision de l'œil gauche est restée indemne.

L'œil droit présente une large ecchymose rougeâtre occupant tout le segment antérieur et la conjonctive palpébrale inférieure et supérieure. Le globe est saillant, déformé, ramolli. La conjonctive oculaire est soulevée dans les trois quarts de la région péricornéenne et, par son aspect en bourrelet irrégulier, indique une rupture scléro-cornéenne très étendue. La chambre antérieure est remplie de sang noirâtre.

Pas de douleurs notables au toucher ; pas de douleurs péri-orbitaires ou céphaliques.

Vision nulle, la lumière même n'est pas perçue. Les paupières sont ecchymotiques, mais sans éraillures.

L'œil gauche est dans son état ordinaire. La cornée est globuleuse, la vision au loin faible et de près assez bonne.

En présence d'une large rupture scléro-cornéenne de l'œil droit, de la perte complète et définitive de cet œil, l'énucléation est préparée pour le lendemain matin.

19 novembre. L'énucléation est pratiquée avec l'anesthésie locale à la cocaïne.

L'examen de l'œil montre une rupture occupant les trois quarts sur 3 ans, la zone scléro-cornéenne; l'intérieur du globe est rempli de sang noirâtre. Les membranes profondes sont déchirées; le cristallin n'est pas retrouvé.

Le résultat immédiat est satisfaisant ; les suites opératoires sont simples. Le sujet vient se faire panser tous les matins pendant quelques jours et pourra bientôt porter un œil artificiel.

8 décembre. Le malade est revu et examiné de nouveau à la Clinique ophtalmologique et dans le cabinet de M. Truc. La plaie produite par l'énucléation est complètement cicatrisée, et le port d'un œil artificiel ordinaire est déjà possible.

L'œil gauche est dans l'état précédemment indiqué. La cornée est globuleuse, la chambre antérieure très grande. Il existe une myopie de 6 dioptries et un astigmatisme de 2 dioptries. Staphylome postérieur annulaire avec croissant inférieur très marqué.

Vision égale 3/50 de la normale à l'œil nu et 3/10 après correction, par les verres sphériques et cylindriques appropriés.

Discussion des faits. — L'œil droit présentant une rupture scléro-cornéenne en haut, paraît avoir été frappé directement et de bas en haut. La rupture de la coque, la déchirure des membranes et l'abondante hémorrhagie ont entraîné la perte immédiate de l'organe et imposé l'énucléation.

Cet œil, de l'aveu même du malade, n'avait pas une grande valeur fonctionnelle. Il ne distinguait, paraît-il, que la clarté et était un peu saillant. Cet état était survenu progressivement, sans douleur, sans phénomène irritatif apparent. En dehors de l'affirmation du patient, l'examen de l'œil gauche aurait porté

d'ailleurs à mettre en doute l'intégrité de l'œil droit. Celui-là, en effet, présente une cornée globuleuse, de l'astigmatisme, de la myopie, un staphylome postérieur, toutes lésions d'origine congénitale et fréquemment binoculaires. On aurait même pu, au besoin, trouver dans ce sens, à l'examen microscopique, des lésions du nerf optique, des membranes profondes ou de la coque oculaire.

Si la valeur fonctionnelle de l'œil énucléé était à peu près nulle, sa valeur cosmétique pouvait être toutefois appréciable, malgré une légère saillie.

On peut ajouter enfin que l'œil gauche ne paraît nullement influencé par le traumatisme accidentel et opératoire du congénère et conserve sa valeur antérieure.

Conclusions :

1° L'œil droit présentait, le surlendemain de l'accident, une ecchymose oculaire, conjonctivale et palpébrale considérable, une rupture scléro-cornéenne occupant les 2/3 supérieurs du segment antérieur et une hémorragie interne abondante. Sa valeur fonctionnelle était à peu près nulle ;

2° L'énucléation a été pratiquée et permet le port d'un œil dans d'assez bonnes conditions ;

3° L'œil gauche est resté et restera probablement dans son état antérieur.

Cette observation peut être rapprochée d'une autre rapportée par Galezowski, dans son traité des maladies des yeux, et dans laquelle le malade attribuait au traumatisme des lésions du fond d'œil déjà fort anciennes.

« Le sieur Y..., maître d'étude dans un grand pensionnat, reçut d'un jeune garçon, fils du prince M..., une pierre qui l'atteignit à l'œil gauche, dont la vue se perdit. Un jugement de la 1^{re} chambre du tribunal civil chargea le professeur Tardieu et deux autres confrères, d'examiner le sieur Y..., et de constater l'état de ses yeux. Il est résulté de cet examen que le défaut de la vision de l'œil gauche était lié non à la blessure accidentelle-

ment produite par le projectile, mais au ptosis et à la déviation de cet œil existant chez ce jeune homme depuis son enfance.

OBSERVATION VI (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le professeur Truc).

Traumatisme de l'œil droit par un morceau de pain. Leucomes diffus, opacité du cristallin, atrophie optique : VOD 1/100.

J. ., Antony, 16 ans, élève dans un lycée de Paris, a reçu, pendant une récréation, de la part d'un de ses camarades, un morceau de pain sur l'œil droit.

Il a été soigné à cette époque par un oculiste de Paris.

Lorsqu'il vient consulter M. Truc, le 27 juin 1894, il présente l'état oculaire suivant:

Œil gauche : Astigmatisme avec hypermétropie légère, milieux transparents, fond d'œil normal, champ visuel un peu rétréci.

$$vo D = \frac{3}{5} \text{ à } 1.$$

Œil droit : Leucomes centraux diffus, iris très légèrement décoloré, pupille irrégulière, cristallin opaque à la partie antérieure, tremblement lenticulaire indiquant un relâchement de l'appareil suspenseur, troubles du vitré et corps flottants, papille pâle, atrophique, îlots pigmentaires cicatriciels vers la macula, vision très faible $\frac{1}{100}$ environ, champ visuel très rétréci avec scotome central étendu pour le blanc et le rouge, déviation strabique externe dans le regard au loin.

Des traumatismes professionnels ou autres, éclat de fer, de fonte, de pierre, de verre, épi de blé, etc., combinés à des états lacrymaux plus ou moins graves, peuvent donner lieu à des lésions suppuratives de l'œil, ulcères à hypopyons, kérato-iritis, irido-choroïdites suppuratives, etc.

Dans ces cas, le corps étranger a éraillé la cornée, produisant une solution de continuité, l'état lacrymal l'a infectée.

La lésion produite par le traumatisme peut être à son tour aggravée par certains états généraux, tels que l'albuminurie, le diabète, les cachexies de nature diverse, dont l'action nocive est aujourd'hui bien démontrée.

Il importe dans ces cas là, surtout s'il s'agit d'action en dommages et intérêts entre patrons et ouvriers ou d'autres personnes, de bien établir la part qui revient à chaque facteur dans la production des lésions qu'on a été appelé à constater.

V. — Accidents de chasse.

La chasse est une cause fréquente d'accidents oculaires et l'occasion de poursuites judiciaires. Les coups de feu produisent généralement des blessures très graves, car souvent un ou plusieurs grains de plomb peuvent pénétrer dans l'œil : la vision se trouve de la sorte compromise par les désordres qui en résultent. La responsabilité de la personne qui a causé l'accident devient dès lors très grande, même lorsque les blessures produites sont imputées à de la maladresse ou à une simple imprudence.

Il importe ici de tenir compte de la lésion oculaire produite par le coup de feu, de s'enquérir si cet œil fonctionnait régulièrement avant l'accident, s'il ne présentait pas de lésions antérieures ; de s'assurer autant que possible si le corps étranger est resté dans l'œil ; de se méfier des inflammations ultérieures et des accidents sympathiques qui pourraient survenir du côté de l'œil sain ; et, pour toutes ces raisons, de ne jamais se hâter de conclure.

OBSERVATION VII.

(Publiée par M. le professeur Truc).

Coup de feu dans l'œil droit. Cataracte traumatique. Iridectomie inférieure, extraction cristallinienne, grain de plomb non retiré. Vision diminuée mais pas abolie.

X..., docteur en médecine, essuie naguère un coup de feu tiré à 30 mètres et reçoit un grain de plomb dans l'œil gauche. Il va consulter M. Truc, qui constate le lendemain de l'accident une perforation de la chambre oculaire, la déchirure de l'iris en bas, une cataracte traumatique énorme, du chémosis, de l'œdème et une violente douleur oculaire.

Iridectomie inférieure, extraction cristallinienne, grain de plomb non retiré.

Après diverses vicissitudes, l'œil a été conservé dans ses dimensions sa forme et son aspect ; quant à la vision, elle permet de distinguer les objets.

Le malade, étant assuré à une compagnie, a recours contre elle et demande un certificat : M. Truc constate non pas la disparition de la vision de l'œil blessé, mais seulement de sa vision utile.

OBSERVATION VIII (Inédite).

(Clinique ophtalmologique).

Coup de feu dans l'œil droit: irido-cyclite, trouble du vitré, déchirure de la rétine et de la choroïde VOD = O.

F..., 25 ans, cultivateur, de Villespassan, entre à l'hôpital le 8 janvier 1894, pour un coup de feu reçu dans l'œil droit il y a une douzaine de jours.

Petit, d'aspect vigoureux, il a toujours joui d'une excellente santé. Sa vue a été toujours bonne de loin et de près jusqu'à l'âge de 12 ans. A cette époque, il a reçu à l'école un coup de plume dans l'œil gauche : cet

œil est resté rouge pendant quelques jours, sensible à la lumière, mais peu douloureux : la vue a diminué très rapidement, et dans l'espace de 7 à 8 jours, le malade ne distinguait plus que la clarté¹. La vue de l'œil droit étant bonne, le malade n'a pas jugé à propos de consulter alors de médecin.

Le 27 décembre 1894, dans une partie de chasse, il reçoit par ricochet un plomb de chasse n° 5 dans l'œil droit. Il ne ressent tout d'abord qu'une douleur assez légère. Dans la suite même, les souffrances ne sont pas bien vives; c'est plutôt une sensation de gêne, de pesanteur dans l'œil qu'une véritable douleur. La vision est complètement abolie.

Lorsqu'il se présente, nous trouvons :

Œil droit : Rouge, un peu douloureux, sensible à la lumière; à l'union de la cornée et de la sclérotique, en haut il existe une petite élevation jaunâtre ressemblant à un corps étranger.

L'iris présente une solution de continuité à la partie supérieure : on dirait qu'une iridectomie a été pratiquée à ce niveau; il est légèrement décoloré. A l'éclairage ophtalmoscopique, on voit un trouble du vitré, des corps flottants, et une grosse membrane, blanchâtre, flottant dans le fond de l'œil *vo D = 0*

$$tn = tn - 1.$$

Œil gauche : Taie cornéenne au niveau du bord supérieur de la pupille consécutive à la plaie produite par le coup de plume; chambre antérieure et iris normaux; cataracte molle, traumatique remontant à 13 ans.

OBSERVATION IX.

(Communiquée par M. le professeur Truc).

Coup de feu dans l'œil droit : cataracte traumatique et irido-cyclite. Iridectomie supérieure, extraction du cristallin, grain de plomb retiré. Atrophie du globe.

X..., 36 ans, boulanger à Marseillan, brun, maigre, d'une bonne santé ordinaire, a toujours joui d'une excellente vue de près et de loin.

¹ Le traumatisme avait donné lieu à la production d'une cataracte.

Au mois de décembre 1893, il vient consulter M. Truc pour un coup de feu reçu l'avant-veille dans l'œil droit, pendant une partie de chasse.

L'examen révèle une petite plaie à la partie supérieure de la cornée, et une déchirure de l'iris au même niveau : en même temps le cristallin est opacifié. Il existe un cercle périkératique très marqué, de l'injection de la conjonctive bulbaire, un peu de chémosis et des douleurs oculaires et péri-oculaires très vives.

$$VOD = 0$$

$$m = m + 1.$$

Le lendemain, c'est-à-dire trois jours après l'accident, M. Truc pratique une iridectomie en haut et fait l'ablation de la cataracte. L'opération est très douloureuse; toute la journée, le malade se plaint de douleurs oculaires violentes qu'une potion au choral ne calme que très difficilement. Il n'y a pas de complications post-opératoires, et le malade part au bout de douze jours : il ne souffre presque plus de son œil, mais la vision est nulle.

Revu un mois après l'opération, on constate déjà un léger degré d'atrophie du segment antérieur, qui n'a fait que s'accuser dans la suite. Aujourd'hui, l'œil est encore un peu rouge de temps à autre, mais les douleurs ont complètement disparu. Il n'existe plus de chambre antérieure, et l'œil tout entier est en voie d'atrophie,

Dans ces trois observations, le traumatisme a été produit par un coup de feu, et chez des sujets se trouvant dans des conditions différentes.

Les malades qui font le sujet des obs. VII et IX jouissaient, avant l'accident d'une bonne vue des deux yeux ; celui de l'obs. VIII avait au contraire une cataracte traumatique de l'œil gauche remontant déjà à 14 ans : il ne comptait plus sur cet œil, qui distinguait à peine la lumière.

L'accident revêtait donc un caractère de gravité différent chez les deux premiers et chez le troisième : ceux-là, en cas de perte de l'œil blessé, avaient encore l'œil gauche normal, celui-ci était au contraire aveugle.

Les suites de l'accident n'ont pas été également les mêmes.

Le sujet de l'obs. VII, après l'extraction de la cataracte, a conservé un œil fort convenable au point de vue cosmétique ; de plus, la vision n'est pas complètement abolie, le malade peut encore distinguer assez facilement les gros objets.

Celui de l'obs. VIII a conservé son œil, mais la vision a totalement disparu.

Quant au malade de l'observation IX, non seulement la vision a disparu, mais le globe oculaire est en voie d'atrophie.

Le pronostic est relativement moins mauvais chez le premier malade que chez les deux autres. Tout en surveillant l'œil que le traumatisme a atteint, il est peu probable, du moins pour le moment, que l'on ait à intervenir pour éviter des accidents sympathiques du côté de l'œil sain.

Chez les deux autres, chez le second surtout, les irritations sympathiques sont toujours à redouter ; il est nécessaire d'exercer une surveillance très active et de se tenir prêt à parer à toute éventualité.

Ici se pose maintenant la question des dommages et intérêts. Le premier, étant assuré à une compagnie, a eu recours contre elle ; les deux autres ont poursuivi ou poursuivent encore actuellement l'auteur de la blessure. A ce point de vue, les conditions sont également différentes dans les trois cas. Il est évident que, pendant un certain temps, il y a eu incapacité de travail de part et d'autre. Le premier a conservé l'œil en tant que organe ; de plus, il n'y a pas eu disparition complète de la vision de l'œil blessé, mais seulement de la vision utile.

Chez le troisième, la vision est complètement abolie, et il y a une atrophie partielle du globe, ce qui nécessitera, peut-être l'énucléation, et obligera le malade au port d'un œil artificiel pour éviter l'enfoncement des paupières et remédier à l'état disgracieux créé par l'atrophie ou l'absence d'un œil.

Enfin, chez le second, l'œil est conservé en tant que organe, mais la vision a complètement disparu et le malade est aveugle.

Les deux premiers pourront, avec plus de difficulté sans doute, continuer l'exercice de leur profession ; le troisième est obligé de renoncer à tout travail, du moins tant que la cataracte de l'œil gauche n'aura pas été opérée.

L'indemnité à accorder devra être donc plus forte pour ce dernier que pour les autres, plus pour le second que pour le premier.

VI. — Accidents de chemin de fer.

Les accidents de chemin de fer sont assez fréquents et présentent, souvent, au point de vue des experts oculistes, de très grandes difficultés.

Les troubles oculaires consécutifs à ces accidents peuvent, en effet, se développer en l'absence de toute lésion matérielle importante, survenir un certain temps après l'accident et persister souvent d'une manière définitive.

Ces troubles oculaires apportent, presque toujours, une perturbation profonde dans l'existence du malade. Ils coïncident ordinairement avec des troubles intellectuels (apathie, affaiblissement de la mémoire, amnésie, etc.), moteurs (tremblements des mains, convulsions hystériques, épileptiformes, vertiges, etc.), sensitifs (aneshésie, hyperesthésie) ou sensoriels (éblouissements, photopsies, diplopie, strabisme, bourdonnements d'oreille, troubles du goût, de l'odorat, impuissance, etc...). On les décrit sous le nom de railway-spine ou railway-brain et se rattachent, la plupart du temps, à l'hystérie traumatique.

Galezowski rapporte le cas suivant :

OBSERVATION X.

(Extrait du *Traité des maladies des yeux* de Galezowski).

Accident de chemin de fer. Plaie du front et du cuir chevelu. Diminution de l'acuité visuelle.

Le nommé R. . . , projeté sur la voie, est relevé sans connaissance ; une plaie de 10 centim. intéresse le cuir chevelu jusqu'à l'os. Une autre plaie frontale a déterminé de la conjonctivite ; puis sont survenus des troubles de la parole, qui est lente, de l'affaiblissement de la mémoire et une diminution notable de l'acuité visuelle, attribuée par un confrère à l'hyperémie rétinienne.

Le tribunal commet M. le professeur Brouardel et M. Galezowski à l'effet de rechercher et de constater la gravité des blessures et contusions reçues lors de l'accident, d'en dire les conséquences, « d'indiquer si l'hyperémie rétinienne double et la conjonctivite palpébro-oculaire dont le blessé a été atteint, ont été causées par la commotion cérébrale qu'il aurait éprouvée, ou si elle se rattachent à un état antérieur ».

Voici le rapport établi par M. Galezowski :

M. Aimé R. . . , âgé de 41 ans, a été examiné par moi le 6 juillet 1881, et j'ai constaté ce qui suit, relativement à sa vue.

1° Il a la conformation des yeux hypermétrope de deux dioptries, ses membranes externes et les conjonctives sont saines, son accommodation est encore très puissante, car avec le numéro 0,75 dioptrie convexe il lit les caractères les plus fins, et son acuité visuelle est normale ;

2° Les milieux réfringents sont tout à fait transparents ;

3° La rétine et le nerf optique sont complètement sains, et il n'y a pas la moindre trace de congestion ;

4° Le malade accuse une grande photophobie et une impossibilité de

prolonger son travail pendant plus de 10 à 15 minutes, surtout le soir, à la lumière artificielle ;

5° J'ai cherché à me rendre compte de la cause de ces phénomènes morbides, et j'en ai trouvé l'explication dans l'état d'hyperesthésie des nerfs de la cinquième paire et plus particulièrement de la branche sus-orbitaire. Et en effet, le moindre attouchement sur le point d'émergence de ce nerf au-dessus de l'arcade provoque de très vives douleurs qui se répandent jusque dans le globe oculaire. Au dire du malade, cet état de photophobie a diminué beaucoup depuis l'accident, et il y a lieu de croire qu'avec le temps il diminuera et gênera par conséquent moins dans l'acte de la vision ;

6° Cette hyperesthésie du nerf sus-orbitaire ne peut être expliquée autrement que par une irradiation et la propagation de l'inflammation traumatique des nerfs cutanés périphériques de la branche de la cinquième paire, au tronc sus-orbitaire, résultat direct de la blessure que M. R... avait reçue au front au niveau de la naissance du cuir chevelu ;

7° Les inflammations chroniques du nerf sus-orbitaire sont très tenaces, elles exigent un traitement prolongé, mais elles sont en général guérissables. Elles ne peuvent pas compromettre l'organe de la vue, mais elles se prolongent très longtemps et occasionnent une fatigue et une faiblesse de la vue ;

8° M. R... ne présente aujourd'hui aucune trace de conjonctivite palpébro-oculaire, mais cette dernière a dû exister pendant un certain temps après l'accident, et elle était occasionnée par les blessures du cuir chevelu et le gonflement consécutif de la peau de la face et de la conjonctive ;

9° En résumé, M. R... ne présente ni congestion rétinienne, ni aucune autre affection oculaire, qui puisse être rattachée à la commotion cérébrale ou au ramollissement. Mais il est atteint d'une névrite sus-orbitaire, qui est la conséquence de la blessure du front et des branches périphériques de la cinquième paire, et qui amène la photophobie et la fatigue de la vue avec incapacité de prolonger le travail d'application.

OBSERVATION XI.

(Badal ; Arch. d'ophtalmologie, 1888).

Accident de chemin de fer. Plaie cutanée de la portion externe du sourcil droit, asthénopie, insuffisance des droits internes, diplopie, rétrécissement du champ visuel.

Un employé des postes fut projeté violemment, pendant un tamponnement, contre les parois de son wagon. Il se produisit une plaie cutanée de la portion externe du sourcil droit et consécutivement une cicatrice de peu d'étendue non adhérente aux parties sous-jacentes.

Il n'y eut pas d'autre lésion extérieure, mais il survint des troubles sensivomoteurs très accentués qui empêchèrent tout travail.

La vision était très affectée. On constatait de l'asthénopie nerveuse, de l'insuffisance des droit internes, de la diplopie, du rétrécissement du champ visuel.

La question était de savoir :

1° S'il y avait ou non simulation ;

2° Si l'état morbide était créé ou occasionné par l'accident de chemin de fer.

Se basant sur les troubles constatés, analogues à ceux observés ailleurs, sur les troubles oculaires et le rétrécissement du champ visuel en particulier, Badal conclut à la non-simulation, à l'action morbide du traumatisme et à l'incapacité du malade.

OBSERVATION XII.

(Badal ; Arch. d'ophtalmol., 1889),

Accident de chemin de fer : Diminution de l'acuité visuelle, rétrécissement du champ visuel.

Un négociant de Cognac fut, par suite d'un déraillement, précipité au bas d'une chaussée haute de 12 à 15 mètr. Retiré du wagon sans connais-

sance, il ne revint à lui que quelques moments après, ressentant partout des douleurs violentes et blessé superficiellement à la jambe droite et à la face. Il se mit au lit pour trente-six jours éprouvant des vertiges très pénibles.

Depuis cette époque, il est pâle, amaigri, ne pouvant fixer son attention sur rien, incapable de calculer, de combiner une affaire. Il lit et écrit facilement, mais bientôt les caractères deviennent confus, et un certain temps de repos est nécessaire pour que la vision redevienne nette.

Indépendamment de cette fatigue rapide de la vision, on a noté dès le début, un affaiblissement de l'acuité visuelle du côté droit; il en est de même du côté gauche quoique à un moindre degré.

Il s'agissait de savoir.

a) S'il y avait ou non simulation.

b) Si l'état morbide était dû à l'accident de chemin de fer.

Se basant sur les troubles généraux qu'il avait constatés, sur les troubles oculaires, sur le rétrécissement du champ visuel, Badal conclut qu'il n'y avait pas simulation, que l'action morbide était due au traumatisme, qu'il y avait eu depuis l'accident incapacité absolue de travail, qu'il était même à craindre que le malade ne reprenne jamais la direction de ses affaires.

Dans ces deux observations il est à peu près certain que les yeux étaient antérieurement normaux ? mais il pourrait se faire que le sujet qui a été victime d'un traumatisme eût auparavant une vision défectueuse. Il importe donc, lorsqu'on a à faire l'examen d'un œil blessé, de ne pas prendre un état pathologique antérieur pour l'effet de la blessure.

L'observation présentée par M. Despagnet au mois de mars dernier à la Société d'ophtalmologie est, à ce point de vue, des plus instructives.

OBSERVATION XIII.

(Despagnet : Soc. d'ophtalmol., 6 mars 1894).

Nouvelle cause de myopie. — Cas de médecine légale.

Il s'agit d'un agent d'une compagnie de chemin de fer qui, à la suite de contusions reçues dans un déraillement, se plaignait d'avoir perdu la vue de l'œil droit. Lorsque M. Despagnet l'examina, vingt mois après l'accident, il trouva :

L'œil gauche emmétrope et la vision normale. Quant à l'œil droit, il présentait un petit leucome central de la cornée avec des dépôts d'uvée sur la capsule antérieure. A la kératoscopie et à l'image droite, M. Despagnet trouva une myopie de — 9 dioptries environ, avec astigmatisme irrégulier. Il existait un staphylome postérieur annulaire, large en dehors de 5 millim. et de 1 centim. en dedans, staphylome bordé de pigment. La réaction pupillaire était normale bien que le malade prétendît ne pas distinguer le jour de la nuit.

Aucune contusion n'ayant porté sur l'œil, ni sur la face, M. Despagnet conclut qu'il s'agissait d'une myopie bien antérieure à l'accident. Le staphylome était la conséquence naturelle de la myopie.

Lorsque le procès s'engagea, la tribunal qui en fut saisi commit trois experts, dont un ophtalmologiste, qui rédigèrent un rapport dont voici les conclusions au point de vue oculaire.

Œil droit : Taie centrale de la cornée ayant déterminé un peu d'astigmatisme irrégulier et témoignant d'une lésion inflammatoire de cette membrane; dépôt d'uvée en forme de couronne sur la capsule antérieure du cristallin, trace d'une iritis ancienne. Excavation assez nette, semblant indiquer qu'à un certain moment il a existé un processus glaucomateux. Papille légèrement atrophiée, entourée d'un staphylome en rapport avec 6 à 8 dioptries de myopie. Perte à peu près absolue de la

vision sans aucun espoir d'amélioration. Les plus grandes probabilités sont pour que cet état de choses soit la conséquence de l'accident qu'il a éprouvé, puisque tout semble indiquer que sa vision était bonne autrefois.

En effet, à 20 ans, il a été reconnu bon pour le service militaire ; en 1870, il a été incorporé dans un régiment de mobiles ; plus tard, à son entrée au chemin de fer, il a été l'objet d'un nouvel examen qui n'a révélé aucune anomalie du côté de l'appareil de la vision.

Œil gauche : Asthénopie très pénible ne permettant aucun travail oculaire et ne pouvant s'expliquer par la très légère anomalie de réfraction que présente cet œil. Hémianopsie très nette excluant toute idée de simulation et due certainement à une lésion des centres nerveux. Rétrécissement très marqué de la moitié du champ visuel conservé.

M. Despagne, discutant point par point les conclusions de ce rapport, prétend que le malade exagère tous les phénomènes qu'il présente. Lorsqu'il l'a examiné pour la première fois, vingt mois après l'accident, il n'a rien trouvé dans l'œil gauche ; d'ailleurs, le malade prétendait ne rien avoir de ce côté. D'autre part, avec un œil à peu près perdu et la perte de la moitié du champ visuel de l'autre, on voit tout juste pour se conduire dans la rue. On se demande, si cet état est la conséquence d'une lésion des centres nerveux, comment il peut se faire qu'il ait attendu seize mois après l'accident pour s'apercevoir qu'il n'y voyait pas de l'œil droit et qu'il n'avait que $1/6$ du champ visuel gauche.

Il est également impossible qu'il se soit produit une lésion des centres nerveux intéressant les bandelettes optiques.

L'hémianopsie nasale gauche suppose une lésion de la bandelette du même côté ; le rétrécissement externe du champ visuel du même œil demande une lésion de la bandelette opposée, la droite.

Dans ces conditions, il n'est pas possible d'admettre des lésions disséminées dans les centres nerveux, sans que des troubles généraux se soient produits, si légers soient-ils.

S'il existait une lésion compressive intéressant la presque totalité d'un nerf optique, on trouverait des altérations atrophiques du côté de ce nerf.

Quant à la production d'accidents glaucomateux par l'ébranlement nerveux qu'a occasionné le traumatisme, c'est une étiologie nouvelle qui ne se trouve signalée nulle part. Il en est de même de la production de la myopie par le glaucome. Sans doute la myopie traumatique existe ; mais ce n'est pas ici le cas, car le malade n'a pas reçu de choc sur l'orbite, la face ou l'œil. Donc sa myopie est bien antérieure au traumatisme.

Les membres de la société ont accepté d'ailleurs les conclusions de M. Despagnet.

Les accidents de chemin de fer, de voiture, les chutes mêmes produisent souvent des lésions oculaires graves ; mais le malade a parfois de la tendance à les exagérer. L'observation publiée par M. Despagnet en est une bonne preuve, car non seulement le malade exagérait sa maladie, il simulait encore une lésion de l'œil droit qu'il savait sûrement avoir depuis déjà longtemps.

Cette même observation nous apprend qu'il faut toujours se renseigner sur l'état des yeux avant l'accident, et se méfier des assertions du malade ; on ne devra pas non plus se hâter de conclure, et enfin on se gardera de porter une appréciation trop absolue.

VII. — Simulation, Dissimulation, Exagération.

Par simulation, on entend, en médecine légale, les maladies qui sont simulées, dissimulées ou exagérées. Les causes en sont excessivement variées. Le service militaire est, sans contredit, une des causes de simulation les plus fréquentes.

Tous les ans, dans les conseils de révision, tous les mois, dans les conseils établis pour réformer les soldats que des infirmités survenues au service rendent impropres à le continuer plus longtemps, les tentatives de simulation ou d'exagération sont de plus en plus fréquentes. Autrefois, lorsque les engagés volontaires étaient acceptés dans l'armée, on voyait souvent des cas de dissimulation ; ils sont exceptionnels depuis que tout le monde est soldat.

Dans la société, il n'est pas rare de rencontrer de nombreux cas de simulation. Tantôt c'est un individu qui simulera une amaurose, plus ou moins complète, dans le but de se faire admettre dans une maison de bienfaisance. Tantôt il y a une chute ou un coup reçu sur un œil ; il importe de déterminer s'il y a ou non cécité monoculaire. Dans une usine, dans une fabrique, etc..., un ouvrier a reçu une blessure à un œil, le médecin oculiste devra rechercher s'il n'y a pas exagération, si le patient n'attribue pas à l'accident beaucoup plus d'importance qu'il n'a en réalité, dans le but de se faire accorder une indemnité beaucoup plus élevée.

La recherche et la découverte de ces simulations sont parfois fort difficiles et exigent, de la part du médecin, beaucoup de sagacité et une connaissance approfondie des maladies de l'œil.

Quant aux affections oculaires qui peuvent être simulées, la liste en est nombreuse.

On a signalé la *blépharite* produite par l'arrachement des cils suivi ou non de cautérisation du bord libre de la paupière. Mais cette blépharite est douloureuse, le bord des paupières n'est pas uniformément rouge, les ulcérations muco-purulentes, que l'on trouve surtout chez les strumeux, n'existent pas ici.

On peut provoquer le *ptosis* en comprimant, pendant un temps assez long, les paupières au moyen d'un bandage, ce qui amène souvent un abaissement marqué de la paupière supérieure. Mais d'ordinaire, le bandage laisse une certaine empreinte sur la peau ; de plus, en faisant regarder l'individu en haut, on s'aperçoit qu'il n'existe pas de paralysie du releveur.

La *conjonctivite* peut être produite par des lavages de l'œil avec de l'eau de savon, avec de l'eau contenant du sel marin, avec de l'urine, etc., par l'introduction de corps étrangers, de substances irritantes, par des cautérisations de la conjonctive. La recherche des corps étrangers dans les culs-de-sac, surtout le supérieur, l'occlusion de l'œil, la surveillance attentive du malade, suffiront quelquefois pour amener la guérison et faire découvrir le stratagème employé.

On peut en dire autant des *kératites* qui peuvent être produites par des attouchements de la cornée avec des substances caustiques, surtout avec le crayon de nitrate d'argent.

Quant aux *cataractes* produites par la piqure du cristallin avec une aiguille, c'est un moyen auquel on a rarement recours.

Il n'en est plus de même de la simulation de la *myopie*, on la rencontre fréquemment dans les conseils de révision. Les moyens nombreux dont on dispose aujourd'hui permettent de la dépister facilement. Les verres, les optomètres, la kératoscopie, l'examen à l'image droite, l'examen ophtalmoscopique, rendent les plus grands services ; l'instillation d'atropine peut être aussi d'une certaine utilité.

De toutes les affections oculaires qui sont simulées, il est incontestable que l'*amaurose unilatérale* est la plus fréquente. Le rôle

du simulateur est d'ailleurs facile : il prétend ne pas y voir d'un œil. Or, un œil peut présenter un aspect extérieur normal, l'examen ophtalmoscopique peut ne révéler aucune lésion, et il peut exister de l'amblyopie, comme on le voit fréquemment dans l'alcoolisme, dans certains états nerveux, etc. Ces simulateurs sont le plus souvent des conscrits, obligés de quitter le foyer, qui cherchent, par ce moyen, à se soustraire au service militaire ; parfois aussi ce sont des soldats qui essayent de se faire réformer.

Enfin, on peut avoir aussi affaire à des ouvriers qui, ayant reçu des contusions sur la tête, simulent une amaurose et intentent à leur patron une action en dommages et intérêts. Les observations suivantes sont intéressantes à ce point de vue.

M. le professeur Truc nous a communiqué deux cas de simulation d'amblyopie unilatérale qu'il avait eu l'occasion d'observer le même jour, dans le courant de l'année 1888, chez un conscrit et chez un militaire.

OBSERVATION XIV (Inédite).

Simulation d'amaurose unilatérale.

Un militaire et un conscrit, mis en observation depuis quelques jours dans le service de M. le professeur Grasset, sont amenés à la Clinique ophtalmologique.

L'un d'eux était le frère d'un interne des hôpitaux de Montpellier.

L'œil prétendu amaurotique d'un de ces malades étant ostensiblement fermé, on place devant le bon œil un verre de spath d'Islande.

Le malade voit double un objet qu'on lui présente.

Découvrant le mauvais œil et retirant le verre de spath d'Islande, on remplace ce dernier, à l'insu du malade, par un verre prismatique ; le malade continue à voir double, l'œil amaurotique restant découvert. Or, les verres prismatiques n'ayant pas la propriété de dédoubler les images

mais de les dévier vers leur base, une des deux images était forcément fournie par l'œil malade : la simulation était dès lors démontrée.

Le même procédé servit également à prouver que l'autre militaire était un simulateur.

OBSERVATION XV (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Truc).

Contusions de la tête et de l'épaule droite. Troubles oculaires et auriculaires légers.
Exagération.

B..., P., ouvrier terrassier, fut gravement blessé, il y a un an environ, par un petit wagonnet chargé de pierres, qui lui fit des contusions à la tête, aux épaules, etc... Depuis lors il se plaint de surdité et de troubles de la vision.

Au mois de février 1893, M. le Professeur Truc fut chargé de faire l'examen oculaire, et M. le Dr François l'examen auriculaire.

Nous retiendrons seulement des constatations otoscopiques que le patient présentait de la sclérose du tympan, mais qu'il exagérait son état de surdité relative.

L'examen des autres blessures a révélé les détails suivants :

Etat général. — L'habitus extérieur est normal et les fonctions générales sont intactes en dehors de l'épaule droite et de la mâchoire inférieure.

L'épaule droite paraît un peu affaissée, légèrement amaigrie et sensible à une forte pression. Les mouvements de l'articulation scapulo-humérale correspondante sont en tous sens limités; l'élévation, en particulier, ne dépasse pas l'horizontale.

On constate enfin, dans le creux axillaire, une saillie de la tête humérale plus marquée que du côté gauche.

La puissance du membre à la pression ou à la traction n'a pas été exactement appréciée, mais elle paraît plus faible que du côté opposé.

Le maxillaire inférieur n'est pas déformé, les dents sont dans une situation régulière; leur niveau est normal.

L'articulation temporo-maxillaire gauche est peu mobile et ses mouvements sont pénibles. La contracture des muscles voisins est très

marquée dans l'abaissement forcé. La mastication paraît assez gênée et le sifflet est impossible.

Etat oculaire. — L'aspect extérieur des yeux est normal. Les paupières, la conjonctive, les muscles, les voies lacrymales, sont indemnes. La cornée, la chambre antérieure, sont transparentes: l'iris est brillant et la pupille ronde, moyennement dilatée, mobile, régulièrement contractée sous l'influence de la lumière et de l'accommodation. Les milieux oculaires sont transparents.

Cet état est le même des deux côtés. Par contre, l'examen ophtalmoscopique et l'acuité visuelle sont différents à droite et à gauche.

A droite, la vision est intacte et le fond de l'œil normal.

A gauche, la papille optique est pâle, blanchâtre et présente une excavation centrale manifeste. Les vaisseaux ont à peu près conservé leur calibre habituel. La vision serait, d'après le patient, absolument nulle. Il déclare ne voir de cet œil qu'un peu de clarté, les plus gros objets mêmes ne seraient pas perçus.

Cette assertion est en opposition complète avec nos observations. Quand nous couvrons l'œil sain avec un verre dépoli, l'autre étant ouvert, la vision est normale. Le même résultat est obtenu en masquant complètement l'œil bon avec un disque opaque métallique.

La chromatopsie, appréciée dans les mêmes conditions, reste intacte.

Enfin le champ visuel paraît à peu près complet.

On doit ajouter cependant que les procédés cliniques pour apprécier la vision de l'œil déclaré aveugle, prismes, verres colorés, optoscope de Bertin, boîte de Flees, ont donné un résultat tout à fait négatif.

DISCUSSION. — La mobilité de la pupille de l'œil gauche, la transparence des milieux, l'intégrité des membranes profondes, l'état même de la papille, ne comportent pas l'abolition complète de la vision. La papille d'ailleurs est pâle, mais non atrophique.

L'affirmation du patient nous imposait une prudente réserve et des examens minutieux.

Les expériences instituées ont nettement établi que la vision de l'œil gauche est considérable, normale, égale à celle de l'œil droit. Ces expériences répétées un grand nombre de fois, dans des conditions diverses, en présence de plusieurs personnes

compétentes et notamment du professeur Jaumes, ont été franchement convaincantes. Il n'y a jamais eu, à cet égard, le moindre doute.

N'existe-t-il donc aucun trouble oculaire ? Ce n'est pas notre avis.

On ne peut nier la pâleur de la papille, pâleur marquée si l'on compare la coloration papillaire des deux yeux.

Toutefois cette teinte n'est pas franchement atrophique ; elle semble tenir à de simples troubles circulatoires et s'observe dans un certain nombre de cas, sans diminution visuelle appréciable.

Il semble donc qu'il y ait, en l'espèce, un trouble réel du côté papillaire, mais que ce trouble est purement circulatoire et n'entraîne pas la cécité correspondante accusée par le malade.

Cet état est susceptible de modifications ultérieures, retour à l'état normal, aggravation et même *statu quo*. Il serait hasardeux de se prononcer à cet égard ; mais, si l'on considère que l'accident initial remonte à près d'un an, on peut estimer que la vision intégrale ou une vision notable persistera dans l'avenir.

Dans aucun cas, l'œil lésé ne paraît devoir influencer le congénère.

La lésion de l'articulation de l'épaule droite est assez marquée et gêne considérablement les mouvements du membre correspondant. L'impotence fonctionnelle, sans être absolue, est extrême. Les douches, le massage, les mouvements gradués, les exercices méthodiques, pourront, toutefois, amener une amélioration suffisante pour des travaux exigeant peu de précision et de faibles efforts.

Les troubles de la mâchoire inférieure sont peu graves et n'entravent que faiblement la mastication. La déglutition et la parole sont libres. Une amélioration plus ou moins complète et rapide est extrêmement probable.

CONCLUSIONS. — 1° L'impotence de l'épaule et du bras droit

est assez considérable. Elle paraît susceptible d'une amélioration progressive, compatible avec divers travaux manuels, exigeant des efforts modérés.

2° L'impotence de la mâchoire est légère. Elle semble devoir s'amender assez rapidement.

3° L'œil droit est absolument normal.

4° L'œil gauche présente une pâleur papillaire marquée sans trouble notable dans l'acuité visuelle, le champ visuel et la chromatopsie.

Cet état est susceptible d'amélioration ou d'aggravation. L'avenir visuel correspondant doit être soigneusement réservé. Une influence sympathique sur l'œil droit est absolument improbable.

Le *nystagmus*, le *strabisme* peuvent être simulés, mais beaucoup moins facilement. Les mouvements oscillatoires du globe provoqués artificiellement diffèrent sensiblement des mouvements pathologiques : de plus, si on observe les premiers pendant un certain temps, on remarque qu'ils finissent par s'interrompre, ce qui dévoile la fraude.

Quant au *strabisme*, il faut, pour pouvoir le simuler, s'y être habitué pendant l'enfance : l'observation un peu prolongée permettra de constater, à un moment donné, le relâchement du muscle.

L'héméralopie est assez souvent observée dans les casernes. Les médecins militaires emploient les moyens les plus divers pour démasquer la simulation. Tantôt ils administrent, le soir, à ces soldats de fortes purges pour les obliger à se lever la nuit : en les surveillant, on se rend compte s'ils sont capables de se diriger. Tantôt il les soumettent aux douches, à l'huile de foie de morue, etc., ou bien les enferment dans une salle obscure : il arrive souvent que l'ennui les prend et ils se déclarent guéris.

La *diplopie* est assez rarement simulée : cependant, on peut le rencontrer chez des soldats qui veulent se faire réformer ou chez

des individus qui cherchent à se faire accorder une indemnité pour une blessure qu'ils ont reçue.

Galezowski rapporte deux observations assez curieuses de simulation de diplopie que nous publions *in extenso* :

La première a trait à un soldat qui vint lui demander un certificat pour constater son infirmité survenue pendant le service, et consistant en une diplopie des plus gênantes et des plus fatigantes. Il recherche la diplopie avec le verre rouge, ^{mais avec} sa grande surprise, ne trouve dans ses réponses que des contradictions. Les images étaient tantôt homonymes, tantôt croisées, l'écartement était souvent considérable, mais ce qui était plus difficile à juger, c'est que l'œil gauche descendait et montait beaucoup plus haut que son congénère : il y avait là évidemment, dit l'auteur, le résultat de l'exercice prolongé. En examinant ses yeux pendant qu'il ne le fixait pas ou pendant l'examen ophtalmoscopique, Galezowski a pu se convaincre que son œil avait une direction normale, et le malade n'avait rien qui dénotât une paralysie.

La seconde concerne un jeune garçon de 11 ans, très intelligent, très travailleur, arrivé de Tours, qui lui fut amené par le Dr Maurice Raynaud. L'enfant se prétendait atteint, depuis un mois environ, de diplopie, de fatigue des yeux et de maux de tête. Ces symptômes, persistant pendant un certain temps, pouvaient faire craindre quelque processus morbide du côté des méninges et il était important de s'assurer de sa réalité. De strabisme il n'existait pas de traces apparentes, les globes oculaires ne présentaient pas la moindre déviation. En présence de Maurice Raynaud, l'auteur le soumit à l'épreuve avec le verre rouge, pour s'assurer qu'il n'existait pas de diplopie aux images homonymes (strabisme convergent) ou aux images croisées (strabisme divergent). Mais les réponses de l'enfant étaient tout à fait contradictoires et sans aucun ordre ni suite ; la diplopie était dès lors plus que suspecte. Pour démontrer la supercherie, il fit regarder

l'enfant à travers les lunettes, soit rouges, soit bleues, ce qui lui permit de faire accuser, à volonté, des images présentant des couleurs tout autres que celles des verres placés devant les yeux. C'est en voyant son oncle atteint de diplopie pour laquelle il allait se faire soigner à Paris, que l'enfant a conçu l'idée de simuler ce phénomène, espérant ainsi faire un voyage dans la capitale qu'il ne connaissait pas.

VIII. — Dommages et Intérêts.

L'évaluation des dommages et intérêts à accorder dans le cas de blessure d'un œil devra dépendre de circonstances très nombreuses : d'abord des lésions qui ont été produites, de leur importance actuelle ou future, de leur degré, etc. L'indemnité ne peut pas être la même dans tous les cas : elle sera proportionnée à la perte de la vision et au degré de destruction de l'organe.

Il faudra tenir compte aussi de l'état oculaire antérieur à la blessure.

Trois cas peuvent se présenter :

1° Le patient avait auparavant les deux yeux bons, 2° l'œil atteint était déjà mauvais auparavant, 3° l'œil bon est resté intact ; le malade avait un œil bon et l'autre mauvais, l'œil bon a été blessé et détruit. Il est de toute évidence que l'indemnité variera dans les trois cas. Elle sera plus forte dans le premier que dans le deuxième, beaucoup plus dans le troisième que dans le premier.

Dans l'armée, la cécité bilatérale donne droit au maximum d'indemnité. La cécité monolatérale donne droit à une pension de 5^e classe, si l'œil a été totalement détruit et de 6^e classe dans le cas contraire.

Il en est de même pour les lésions des milieux ou des mem-

branes profondes de l'œil qui entraînent une diminution graduelle de la vision. L'indemnité sera toujours proportionnée à l'étendue des lésions produites et aux conséquences qui peuvent en résulter pour l'avenir.

Dans le civil, les questions d'indemnité pour lésions oculaires ne sont pas rares.

Mooren est d'avis que la cécité monolatérale équivaut à la moitié de la cécité totale, car il pense que la vision monolatérale expose à des dangers nombreux, rend inapte à l'appréciation des distances et à l'exercice de diverses professions.

Zehender estime que la cécité monolatérale représente le tiers de la cécité bilatérale : l'œil qui reste représente, quelle que soit sa valeur, les deux tiers de la vision totale.

Ces estimations n'ont qu'une valeur toute théorique : en réalité, ainsi que nous l'avons déjà dit, on apprécie individuellement le dommage causé par la perte d'un œil.

Mais toute blessure d'un œil n'entraîne pas nécessairement la perte totale de l'organe.

Il peut y avoir diminution de l'acuité visuelle, et l'œil peut fonctionner encore convenablement. Dès lors, comment estimer un simple affaiblissement de la vue ?

Si l'on admet qu'une compagnie, par exemple, doit une somme déterminée pour la perte d'un œil, il semble logique d'admettre aussi une somme proportionnelle pour une perte de la moitié, du quart, du tiers de la vision de cet œil.

Il s'agira alors de mesurer exactement l'acuité de l'organe. On emploie pour cela la méthode courante d'acuité visuelle. Toutefois, il est bon de faire remarquer avec Nicati que cette méthode est inexacte et qu'elle devrait être remplacée par une méthode physiologique : on verrait alors que l'acuité $1/2$ n'équivaut pas en réalité à la $1/2$ vision, mais seulement à $3/10$ de cette vision.

CONCLUSIONS.

De ce travail il ressort les conclusions suivantes :

1° Le rôle du médecin est un rôle uniquement d'expert. A ce titre, il devra être ferme et ne subir aucune influence ; il se tiendra en garde contre les simulations ou les exagérations des malades, qui cherchent souvent à le tromper dans l'intention de se faire accorder des dommages et intérêts plus élevés, de se faire exempter du service militaire, etc. Il se renseignera toujours sur l'état des yeux avant l'accident. Appelé à se prononcer sur la nature et la gravité d'une lésion oculaire, il examinera le malade à plusieurs reprises, songera aux conséquences qui peuvent en résulter, aux irritations sympathiques auxquelles ces lésions peuvent donner lieu dans la suite et se montrera extrêmement réservé dans ses appréciations ;

2° Dans les opérations oculaires, le médecin n'est pas responsable de l'échec d'une opération ou d'un traitement, à moins qu'il n'y ait une lourde faute commise. Néanmoins, il doit prendre les plus minutieuses précautions, et dans le cas de cataracte double, n'opérer qu'un œil à la fois ;

3° L'identité est ethnique, physiologique, pathologique, professionnelle et thanatologique. Elle sera établie par les considérations anthropologiques, d'après certaines particularités individuelles des annexes et du globe, d'après les particularités morbides oculaires, par les stigmates professionnels et par l'état particulier des paupières du globe et de l'iris, etc., après la mort.

4° Les coups et blessures sont volontaires ou accidentels et comprennent les brûlures, les commotions, les plaies par instruments piquants, tranchants ou contondants, les plaies avec ou sans corps étrangers. Le dommage subi par la victime est évalué d'après les lésions immédiates, les complications ultérieures, les troubles physiques et fonctionnels relatifs à l'appareil de la vision ;

5° Les troubles visuels consécutifs aux accidents de chemin de fer peuvent se développer sans lésions apparentes et se rapportent ordinairement à l'hystéro-épilepsie ;

6° Les accidents de chasse se compliquent assez souvent de la présence de corps étrangers. Il faut, dans l'examen oculaire de ces malades, tenir compte de l'état fonctionnel et pathologique antérieur, de la présence des corps étrangers, des irritations sympathiques ultérieures et ne pas se hâter de conclure ;

7° Les cas de simulation et d'exagération sont fréquents dans l'armée et dans le civil. Il s'agit, le plus souvent, de simulation de myopie et de simulation ou d'exagération d'amaurose.

On pourra ordinairement, mais souvent non sans difficulté, les démasquer, grâce aux nombreux moyens que nous avons à notre disposition, tels que optomètres, optoscopes, verres prismatiques, opaques, plans, au spath d'Islande, appareil de Flees, verres colorés, etc., etc. ;

8° Enfin, dans l'appréciation des dommages et intérêts, il faut tenir compte de l'incapacité de travail, générale ou professionnelle, occasionnée par l'accident. Le malade devra-t-il changer de profession ? Se trouvera-t-il dans l'impossibilité absolue de travailler ? Autant de questions d'une importance capitale pour l'évaluation de l'indemnité à accorder.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

PAR ORDRE ALPHABÉTIQUE

- AMMON. — Zeitschrift für die Ophtalmologie. Dresden (1830-35).
- ARLT. — Blessures de l'œil au point de vue médico-légal, 1874 (Trad. Haltenoff).
- BADAL. — Troubles visuels consécutifs aux accidents de chemin de fer (Arch. générales d'ophtalm., 1888-89).
- BAUDRY. — Simulation de l'amaurose et de l'amblyopie ; des principaux moyens de la dévoiler. Paris, 1883.
- BIESSY. — Manuel pratique de médecine légale. Lyon, 1821.
- BRIANT et CHAUDÉ. — Manuel complet de médecine légale, 9^e édition. Paris, 1874.
- BROCA. — Recherches sur l'indice orbitaire (Revue d'anthrop., 1876, pag. 577).
- DRESSY. — Annexes de l'œil au point de vue médico-légal (Thèse de Lyon, 1884).
- DESPAGNET. — Nouvelle cause de myopie ; cas de médecine légale (Soc. d'ophtalm., 6 mars 1894).
- GALEZOWSKI. — Congrès de médecine légale de Paris, 1878.
— Gazette des Hôpitaux, 1867, pag. 439.
— Traité des maladies des yeux, 1888.
- GRANDCLÉMENT. — Blessures de l'œil au double point de vue des expertises judiciaires et de la pratique médicale, 1888.
- LACASSAGNE. — Précis de médecine judiciaire, 1886.
- LAUGIER. — Maladies simulées de l'appareil visuel (Nouveau Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie pratiques, 1882. Art. Simulées (maladies)).
- MULLER. — Signes de la mort fournis par l'appareil de la vision (Thèse Strasbourg, 1870).

- NICATI. — Un signe de mort certaine, emprunté à l'ophthalmotonométrie (*Sem. médic.*, 1894).
- OGIER. — Iris au point de vue médico-légal (Thèse de Lyon, 1884).
- OLLIVIER. — Mémoire sur les maladies simulées (*Ann. d'hygiène publique*, 1841, tom. XXV, pag. 100).
- OTTO-BERGMEISTER. — *Die Verletzungen des Auges und seiner Annexe.* Wiener Klinik, 1880.
- PAROT. — *Dict. encyclop. Art. Agonie.*
- PENET. — Traumatisme du cristallin avec considérations médico-judiciaires (Thèse de Lyon, 1884).
- POIRSON. — Plaies de la cornée au point de vue du pronostic et des responsabilités judiciaires (Thèse de Lyon, 1883).
- PRITCHARD. — *Histoire naturelle de l'homme.* Paris, 1843.
- SCHNEIDER. — Lésions de la tête au point de vue médico-légal. Stuttgart, 1848.
- TARDIEU. — Blessures par imprudence (*Ann. d'hyg. et de méd. légale*, 1871, tom. XXXV, pag. 134).
- Etude médico-légale sur les blessures. Paris, 1879.
- Traité de médecine légale.
- TAYLOR. — Etude médico-légale sur la pendaison, la strangulation et la suffocation. Paris, 1879.
- TOPINARD. — *Eléments d'anthropologie générale.*
- TOURDES. — *Dict. encyclop. des Sciences médicales. Art. Cadavre.* Paris, 1870.
- TRUC. — Œil médico-légal (Montp. méd., 1893).
- VAN HASSELT. — *Die letzte vom Tode und Scheintod.* Braunsch., 1862.
- ZAUDER et GEISSTER. — *Die Verletzungen des Auges.* Leipzig, 1864.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 21 Juillet 1894.
Le Recteur,
A. GÉRARD.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 21 Juillet 1894.
Le Doyen,
A. MAIRET.



TABLE DES MATIÈRES

Introduction et Historique.....	5
I. Considérations générales sur le rôle du médecin expert.....	9
II. Responsabilités du médecin dans les opérations oculaires....	13
III. Identité.....	16
IV. Coups et blessures.....	21
V. Accidents de chasse.....	33
VI. Accidents de chemin de fer.....	38
VII. Simulation, dissimulation, exagération.....	46
VIII. Dommages et intérêts.....	54
Conclusions.....	56
Index bibliographique.....	59

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.
